

FACULTÉ DE MÉDECINE

**De la conduite à tenir
dans l'accouchement et la puerpéralité
dans les utérus fibromateux**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Décembre 1938

PAR

Joseph VÉDRINES

Né le 11 Juillet 1910 à Saint-André-de-Vézines (Aveyron)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY :

MM. LAPEYRE, Professeur, Président.

LAUX, Professeur

COLL DE CARRERA, Agr.

ROUX, Agrégé

} *Assesseurs*

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DES SAUVAGES

MONTPELLIER

—
1938

DE LA CONDUITE A TENIR
DANS L'ACCOUCHEMENT ET LA PUERPÉRALITÉ
DANS LES UTÉRUS FIBROMATEUX

FACULTÉ DE MÉDECINE

**De la conduite à tenir
dans l'accouchement et la puerpéralité
dans les utérus fibromateux**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Décembre 1938

PAR

Joseph VÉDRINES

Né le 11 Juillet 1910 à Saint-André-de-Vézins (Aveyron)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY :

MM. LAPEYRE, Professeur, Président.

LAUX, Professeur

COLL DE CARRERA, Agr.

ROUX, Agrégé

} Assesseurs

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DES SAUVAGES

MONTPELLIER

—
1938

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique médicale et Toxicologie.....	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
	RIMBAUD
	MASSABEAU, assesseur
	RICHE
	P. DELMAS
	EUZIERE, doyen
	EN
	MARGAROT
	ETIENNE
	JEANBRAU
	LAPEYRE
	DEJEAN
	TERRACOL
	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS GALAVIELLE
BOSC, VILLARD, VIRES, CABANNES

Chargés de Cours Complémentaires

Histoire Naturelle Médicale.....	H. RANT, Dr.
Pathologie médicale et Clinique propédeutique médicale	BAUMEL, agr.
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, agr.
Clinique physiologique	VIDAL, prof.
Chirurgie expérimentale	GUER, agr.
Pathologie externe	MOURGUE, agr.
Médecine opératoire	LOUX, agr.
Accouchements	N.
Stomatologie	FERRIER, Dr.

Agrégés en exercice

Bactériologie	CARRERE
Médecine	JANBON
	BAUMEL
	P. RIMBAUD
	LAFFON, ch. agr.
	BOUCOMONT, ch. agr.
Chirurgie	MM. AINES
	MOURGUE, MOLINES
	GUIBAI
	ROUX
Chimie	Dr. MONNIER, ch. d'agr.

Examinateurs de la Thèse

MM. LAPEYRE, Prof. président	MM. COLL DE CARRERA, Prof.
LAUX, Professeur	ROUX, Agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA TANTE
IN MEMORIAM

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance infinie.

A MA FEMME

Qui n'a cessé de me prodiguer toute son affection et son encouragement.

A MON FILS

Amour paternel.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON ONCLE MAMERT MAUREL

Reconnaissance infinie.

A MON PARAIN ET MARRAINE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR N. C. LAPEYRE

Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Montpellier

Chevalier de la Légion d'Honneur

*A qui je dois une très grande partie
de mes connaissances cliniques, en
témoignage de ma profonde gratitude.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUX

*A la science duquel j'ai fait de
nombreux emprunts. En témoignage
de ma respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
COLL DE CARRERA

*Qui nous a guidé dans ce travail.
Hommage très respectueux.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUX
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Pour l'honneur qu'il m'a fait en
acceptant de faire partie de mon jury
de thèse.*

Introduction

L'étude des indications thérapeutiques posées par la co-existence d'un fibrome et d'une grossesse a, depuis que la Gynécologie et l'Obstétrique existent, retenu l'attention de tous les médecins, aussi bien celle du praticien rural que celle des spécialistes les plus qualifiés. Nous n'avons donc pas la prétention d'innover mais le désir de tenter la mise au point d'une question qui a bénéficié plus qu'aucune autre des progrès simultanés des techniques gynécologiques et obstétricales.

Une observation récente, due à l'obligeance de M. le Professeur Lapeyre, nous a donné l'occasion de revoir l'évolution du problème depuis l'apparition de l'asepsie en chirurgie.

Nous annonçons plus haut que le but de notre travail est l'étude de « fibrome et grossesse à terme ». En effet, nous estimons qu'un certain nombre de notions n'ont que fort peu varié depuis quelques années, notamment celles concernant les modifications anatomiques et histologiques que la grossesse fait subir au fibrome et celles également nombreuses et intéressantes que subit la grossesse du fait de la présence pathologique de tissus fibromateux

dans la paroi utérine. Nous nous bornerons donc à rappeler l'évolution clinique générale de fibrome et grossesse, ce rappel nous paraissant néanmoins utile car un certain nombre de notions thérapeutiques du cours de la grossesse ont modifié les idées admises jusqu'ici sur le traitement à suivre au voisinage du terme.

Nous envisagerons en détail l'évolution physio-pathologique de fibrome et grossesse à terme au cours des différentes éventualités qui peuvent se présenter, spontanément, en dehors de toute influence thérapeutique, d'abord au début immédiat du travail, puis au cours du travail. Cette étude progressive nous permettra de séparer les malades en deux grandes classes : celles qui sont susceptibles d'accoucher seules par les voies naturelles, les moins intéressantes quoique les plus nombreuses, une impotence dynamique du muscle utérin, ou une présentation vicieuse font apparaître les complications redoutables d'une dystocie plus ou moins accusée.

Nous pourrions alors envisager dans un chapitre commun les indications thérapeutiques qui en découlent et, au fur et à mesure que nous proposerons telle ou telle méthode, nous en discuterons les avantages, les inconvénients, les indications particulières. L'importance que nous donnerons aux différents paragraphes ne sera pas en rapport avec la fréquence relative des diverses indications mais avec la gravité plus grande des cas devant lesquels nous nous trouverons.

Cette discussion des indications thérapeutiques nous autorisera à un certain nombre de conclusions dont certaines seront formelles, d'autres moins nombreuses laisseront à l'étude détaillée de la malade la souplesse de l'adaptation personnelle.

Observations

Observation inédite due à l'obligeance de M. le Professeur Lapeyre.

Madame X. Y., 38 ans.

Entre à la clinique gynécologique le 25 avril 1938 pour fibrome utérin.

Antécédents généraux: rougeole, coqueluche, scarlatine dans l'enfance. Pas de séquelles.

Antécédents génitaux: réglée à 14 ans. Menstruation régulière, rythme de 20 jours. Durée de 8 jours. Non douloureuses, mais migraine avant et au début des règles.

Dernières règles normales le 17 février 1938. Depuis lors aménorrhée complète, quelques vomissements. La malade consulte parce que son abdomen augmente de volume.

A l'examen: Ventre plat, respirant bien, paraissant soulevé dans la région sous-ombilicale par quelques bosselures qui à la palpation se révèlent comme deux saillies du volume d'une grosse noix, situées sur les flancs d'une masse de consistance molle, presque rénitente qui remonte à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

On dirait un corps utérin flanqué de deux ovaires augmentés de volume.

Toucher vaginal: Col utérin regardant en arrière, très dur, surmonté par une masse dure bosselée qui occupe le cul de sac antérieur et remonte à trois travers de doigts au-dessus de la symphyse et qui a toutes les apparences d'un fibromyome utérin multi-oculaire. Au-dessous de cette masse se trouve la masse kystique molle perçue par la palpation abdominale, flanquée des deux masses dures donnant l'impression d'ovaires.

On pense à la possibilité d'une grossesse évoluant dans un utérus fibromateux et pour confirmer ce diagnostic on pratique une réaction de Friedmann-Brouha. Celle-ci est positive. La malade sort du service avec le diagnostic de fibrome utérin et grossesse. Elle devra venir régulièrement à la consultation.

La malade est revue en consultation successivement :

Le 30 juin 1938.

Le 22 juillet 1938. — Palpation: utérus fibromateux multilobulé.

Toucher vaginal: On sent un gros noyau fibromateux proevia. Hauteur utérine 24 cm. Le fibrome ne paraît pas ramolli. Bruits de cœur non perçus.

On conseille à la malade d'aller à la consultation du Professeur Coll de Carrera, qui veut bien se charger de surveiller l'évolution de cette grossesse jusqu'au voisinage du terme.

Le 19 novembre 1938 elle rentre à la clinique gynécologique.

Sa grossesse s'est poursuivie normalement sans incidents et son état est très satisfaisant. Elle signale seulement quelques pertes blanches, de la pollathurie et quelques crampes dans les jambes avec fourmillements.

Il n'y a pourtant pas de varices et les différentes analyses pratiquées (sang, urine) ne révèlent aucune anomalie.

Elle est presque à terme. L'utérus remonte jusqu'au niveau des fausses côtes et l'on sent toujours les deux bosselures perçues lors du premier examen, occupant l'angle du fond utérin.

La palpation du corps utérin le montre assez contracté et l'on ne peut guère individualiser les parties foetales. Foyer d'auscultation maximum à gauche, au milieu de l'arc ombilico-iliaque.

Toucher vaginal: Corps utérin très mou, perçu en arrière. Le cul de sac antérieur étant occupé par la tête foetale qu'il est facile de mobiliser par la pression. On ne sent plus dans le vagin les noyaux fibromateux perçus lors du précédent examen.

Le Professeur Coll de Carrera vient examiner la malade trois jours plus tard. Bien que les noyaux fibromateux qui étaient restés proevias jusqu'à présent, se soient déplacés laissant le champ libre, il paraît beaucoup plus prudent chez cette primigerte âgée, dont l'utérus est bourré de noyaux fibromateux et chez qui il y a lieu de rodouter la longueur du travail et des complications au moment de la délivrance, de pratiquer une sésarienne suivie d'hystérectomie.

Le 26 novembre 1938: Rachianesthésie 4^e lombaire en position assise. 12 cg. de scurolaine précédés d'une injection de sédol et d'éphédrine. La ponction ramène du sang. Bien que le liquide ne s'éclaircisse pas on décide de faire quand même la rachianesthésie. Rachianesthésie excellente.

Le début de l'intervention est pratiqué par le Professeur Coll de Carrère qui procède à une césarienne corporeale sans extériorisation. Après incision médiane de

L'utérus, l'enfant est retiré et on procède immédiatement à l'extraction du placenta et des membranes. L'utérus est alors saisi au niveau des lèvres de l'incision par des pinces de Museux qui obturent la brèche utérine. La matrice est bourrée de noyaux fibromateux (10 au moins) qui la bossèlent en tous sens.

On procède alors à une hystérectomie subtotale. (Pr. Lapeyre). L'opération se fait très aisément, la région de l'isthme se laissant très facilement attirer, tellement même qu'on ne sent plus bien la limite entre le col et le vagin lui-même.

Il n'existe aucun incident opératoire, mais la section du col étant assez volumineuse, après iodage de la cavité cervicale, on ferme la moignon cervical par un double surjet au catgut. Il ne reste plus qu'à faire la péritonisation qui est très facile, étant donné qu'on a beaucoup d'étoffe péritonéale. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires très simples et apyrétiques. Mère et enfant sortent du service en excellent état le 18^e jour.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Sans insister sur la période où il n'était pas question d'intervention chirurgicale sauf si la mère était morte, nous noterons que la première statistique publiée concernant des accouchements prématurés, provoqués, pour fibrome comptent 55 p. 100 de cas de mort maternelle et 66 p. 100 de cas de mort de l'enfant. Le refoulement de la tumeur prœvia, aujourd'hui condamné, pouvait dans ces conditions représenter un procédé utile. Les premières césariennes pratiquées pour fibrome, ne l'étaient qu'après une épreuve prolongée de travail, ce qui explique les statistiques Sanger 83 p. 100 de mort maternelle et celle de Cazin: 28 césariennes, 4 survies maternelles, 13 survies de l'enfant. (1890).

Rapidement les indications opératoires sont posées plus précocement, ceci joint aux progrès de l'asepsie, les statistiques de Apfelstedt (1902) ne donnent que 50 p. 100 de mortalité maternelle, celle de Turner (1920), 21 p. 100 seulement.

On tente quelques myomectomies (Montprofit et Maclead) avec succès après césariennes. Tuffier, Bouilly préconisent les castrations bilatérales après césariennes, à la fois pour prévenir la dégénérescence des fibromes et l'apparition d'une nouvelle grossesse.

Jamain reste partisan du forceps dans les cas où l'accouchement spontané est impossible, (11 cas sur 158 cas), et quand l'enfant a succombé, de la basiotripsie (6 cas sur 185 observations.)

Les rapports de Labey et Tixier au XXXIII^e Congrès de chirurgie, 6 octobre 1924, sur le traitement des fibromes utérins définissent les indications de traitement : « N'intervenir au cours de la grossesse que s'il survient des complications, pratiquer de préférence une myomectomie; à terme en cas de fibrome *prævia*, faire une césarienne suivie d'hystérectomie ». Depuis cette date, de multiples travaux ont paru sur la question, surtout de 1924 à 1929, date du rapport de Brindeau sur « La myomectomie, ses indications », au VI^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française (Bruxelles 1929).

Depuis cette date, peu de travaux ont paru, mais l'on ne retrouve plus d'observation de basiotripsie pour fibrome *prævia*, il semble que les règles générales fixées par Labey en 1924 aient été appliquées permettant de sauver de nombreuses vies.

Actuellement, les indications générales sont toujours les mêmes mais il existe un certain nombre de cas particuliers pour lesquels le problème est loin d'être résolu. C'est à l'étude détaillée de ces indications que nous allons nous attacher.

CHAPITRE II

L'évolution de la grossesse Rappel clinique

L'étude de fibrome et grossesse suscite une multitude de problèmes, depuis ceux attachés à la possibilité de la fécondation, puis à la nidation de l'œuf, jusqu'à ceux attachés à l'évolution jusqu'au terme.

I GENERALITES

Le fibrome constitue un état défavorable à la fécondation. En effet la stérilité des femmes mariées dont l'examen ne révèle rien d'anormal est de 8 p. 100 et celle des fibromateuses est de 31 p. 100, d'après les statistiques d'Olshausen. Mais parmi le grand nombre de femmes qui consultent pour stérilité, la découverte d'un fibrome fait partie des causes d'importance secondaire.

La fréquence générale de la coexistence de fibrome et grossesse est diversement évaluée par les auteurs : Barsony (Budapest), 52 cas sur 23.748 accouchements.

Williams, 60 cas sur 7000 accouchements.

Sloane Hospital, 250 cas sur 30.836 accouchements.

Clinique Bandelocque, 162 cas sur 21.136 accouchements.

Clinique Farnier, 31 cas sur 18.000 accouchements.

Il s'agit souvent de femmes approchant de la ménopause et parfois de primigestes âgées, comme dans notre observation.

II MODIFICATION DU FIBROME

Ces modifications peuvent être un peu arbitrairement divisées en modifications physiques et modifications biologiques.

a) Modifications physiques..

L'accroissement de volume constitue un des phénomènes les plus importants, il modifie la symptomatologie (notamment la gêne pendant la grossesse) et la statistique (notamment l'âge au moment de l'opération entraînant des compressions de voisinage au premier rang desquelles les compressions vésicales). Cet accroissement rapide fait porter souvent à tort le diagnostic de malignité.

L'accroissement de volume est un signe fidèle. Le fibrome peut croître pendant toute la vie, mais surtout pendant la grossesse. On a décrit une forme de fibrome pour devenir d'une mollesse spéciale qui en rend parfois le palper plus difficile. Cette mollesse, c'est la congestion, la prolifération de tissus musculaires jeunes qui causent le développement. Dans les derniers mois c'est l'imbibition gravidique. La torsion des fibromes médullés, ou de l'utérus fibromateux, est un accident beaucoup plus qu'un symptôme.

b) *Modifications biologiques.*

La nécrobiose par sa fréquence, 5 à 7 p. 100 des cas, par l'indication opératoire qu'elle pose souvent, constitue un des accidents classiques aussi bien pendant le cours de la grossesse qu'après l'accouchement.

Elle peut réaliser des tableaux cliniques très divers. Depuis celui « d'Abdomen aigu » jusqu'à des douleurs localisées au noyau fibromateux, d'intensité souvent faible mais qu'aucun traitement médical n'arrive à enrayer.

La nécrose rouge est à rapprocher de la nécrobiose dont semble-t-il seul l'aspect macroscopique diffère. La symptomatologie est sensiblement la même.

L'infection des fibromes ne s'observe guère que dans le post-partum, surtout s'il existe des foyers de nécrobiose et si le myome est sous-muqueux ; contrairement aux deux complications précédentes qui s'observent sur les myomes interstitiels ou pédiculés. Elle constitue une des complications à redouter dans le post partum et, à ce titre, fait souvent pencher pour l'intervention avant le travail.

III MODIFICATIONS DE LA GROSSESSE

En général la grossesse évolue normalement, néanmoins un certain nombre d'accidents sont à redouter.

a) Au premier rang nous devons mettre l'avortement. La fréquence est diversement estimée (12 p. 100 Lefour);
(18 p. 100 Naussi);
(22 p. 100 Jamain).

b) L'accouchement prématuré serait plus fréquent encore: 38 p. 100 d'après Mehent, et d'autant plus fréquent qu'on est plus près du terme. Ces deux accidents

sont loin de constituer une éventualité heureuse; en effet les complications post abortum sont ici la règle, qu'il s'agisse de rétention avec la possibilité d'infection grave, ou d'hémorragie grave par mauvaise contraction et irrtraction utérine.

c) Parmi les autres complications nous notons encore: les implantations placentaires anormales, en particulier le placenta prævia et les présentations vicieuses. Sur 100 présentations on noterait d'après P. Lantuejoul 54 p. 100 de sommet, 24 p. 100 de siège et 19 p. 100 de présentations transversales. Ces dernières coïncidant souvent avec l'existence d'un fibrome prævia.

d) Les compressions enfin soit par rétroflexion utérine soit par fibrome enclavé sont fréquentes, mais ne présentent généralement aucun caractère de gravité.

Indications thérapeutiques en cours de grossesse

De l'étude des faits qui précèdent découlent les indications thérapeutiques suivantes.

Devant l'évolution normale de fibrome et grossesse, il faut s'abstenir, cette règle absolue est appliquée par tous les obstétriciens. Devant les petits accidents de compression les douleurs légères; les menaces d'avortement, c'est encore à une thérapeutique médicale qu'il faut avoir recours.

a) Seules les douleurs très vives, ne cédant pas au traitement médical, faisant penser à la possibilité d'une nécrobiose ou d'une torsion, (64 p. 100) les compressions graves (37 p. 100) et les rétroversions irréductibles doivent entraîner la lalartomie qui dans certains cas restera exploratrice sans plus, et dans d'autres, sera suivie d'hystérectomie ou de myomectomie. Nous avons recherché les cas de myomectomie ou d'hystérectomie publiés dans la littérature depuis 1924, date du rapport de Labey sur le traitement des fibromes, nous arrivons aux statistiques suivantes:

Myomectomie. — Sans entrer dans le détail, car on retrouvera dans la bibliographie que nous donnons toutes les indications nécessaires, on note que sur 116 cas opérés, il y a eu seulement 4 avortements et 2 morts maternelles. Il est possible que la statistique ne traduise pas exacte

ment la vérité car la plupart des cas heureux sont publiés, ceux qui sont malheureux plus rarement.

Dans l'ensemble le risque maternel ne semble pas plus élevé que celui que fait courir une hystérectomie et dans la grande majorité des cas la grossesse se poursuit jusqu'au terme. La guérison n'est souvent pas radicale, (14 p. 100 de récidives pour Keller, 10 p. 100 pour A. E. Giles) mais quitte à courir le risque d'une nouvelle intervention il semble que la myomectomie soit l'intervention idéale pendant les premiers mois de la grossesse, chez la femme jeune désirant de nouvelles grossesses.

Hystérectomie. — Nous relevons seulement 20 hystérectomies pratiquées au cours de la grossesse. Il s'agissait de nécrobioses dans 12 cas, mais avec fibrome interstitiel, jugé non énucléable. Dans 2 cas il y eut erreur de diagnostic (signalons à cette occasion qu'avec la réaction de Friedmann-Brouha on ne devrait plus méconnaître une grossesse évoluant dans un utérus fibromateux. Il suffirait d'y penser pour que la réaction lève le doute). Dans trois cas il existait des compressions avec adhérences anormales. Le pronostic vital de l'hystérectomie est bon, mais cette intervention va à l'encontre des tendances conservatrices de la chirurgie gynécologique actuelle et elle ne doit bénéficier que des contre indications de la myomectomie.

b) Dans un deuxième ordre d'idées on doit envisager la conduite à tenir en présence d'un avortement ou d'un accouchement prématuré chez une fibromateuse: Abstinence dans la mesure où les suites sont normales. Mais s'il y a rétention placentaire, faut-il cureter ou pratiquer d'urgence une hystérectomie. Leibovici a récemment montré les dangers que présente le curettage: Hémorragie

incœrcible, infection, et il préconise l'hystérectomie d'emblée. Néanmoins il semble qu'au moins pour un avortement spontané sans cause spéciale d'infection, un curetage prudent puisse venir à bout d'une rétention sans faire courir de trop grands risques à la malade. L'hystérectomie restera la suprême ressource devant l'inefficacité du curetage ou l'infection commençante.

Ce rappel rapide des principales complications du cours de la grossesse nous permet de mieux situer le problème. Nous supposons en effet que la malade a passé sans encombre ses 9 mois de grossesse et qu'ainsi parvenue à terme, se pose la question de l'accouchement. Les mêmes problèmes que ceux plus haut cités vont surgir, mais de nouveaux éléments vont en modifier les résultats, ce sont d'une part la formation du segment inférieur qui crée un ensemble de rapports nouveaux pour toute la partie de l'appareil génital située au-dessus de lui, et d'autre part la notion d'ouverture de l'utérus aux voies extérieures. Aussi jugeons-nous utile de consacrer un chapitre spécial les complications qui surviennent avant le déclanchement.

elle peut aussi attendre la formation de l'anneau, et ceci avec une fréquence d'autant plus grande qu'elle est insérée plus haut sur l'isthme. Une certaine mesure prévoyant que les ligaments ne se détachent pas insérés montent moins que ceux qui sont insérés plus bas et qu'ils auront plus tendance à se détacher.

Il est impossible de fixer à l'avance la nécessité d'un examen de l'utérus, la décision alors sera prise.

CHAPITRE III

Etude anatomo-clinique de fibrome et grossesse à terme et au début du travail

Il est absolument impossible de prévoir ce que fera un fibrome avant d'avoir attendu jusqu'au terme. Cette règle est actuellement classique et on ne saurait ne pas en tenir compte sans risque d'erreur grave. L'élévation d'un fibrome inséré sur le corps près de l'isthme peut se faire précocement dans les premiers mois de la grossesse, mais elle peut aussi attendre la formation du segment inférieur, et ceci avec une fréquence d'autant plus grande qu'elle est insérée plus bas sur l'isthme. On peut dans une certaine mesure prévoir que les fibromes postérieurs, bas insérés monteront moins que ceux situés sur les bords latéraux, et qu'ils auront plus tendance qu'aucun autre à s'enclaver.

Donc impossibilité de fixer à l'avance une conduite thérapeutique, nécessité d'un examen complet à terme et décision alors seulement.

Divers cas doivent être envisagés :

1°) *Fibromes élevés qui le restent.*

Il s'agit dans la majorité des cas. Fibromes souvent volumineux mais implantés sur le corps utérin, interstitiels ou largement musclés.

Fibromes prævia qui s'ascensionne.

Ce sont les cas les plus intéressants, ceux qui bénéficient au maximum de l'expectative. Il s'agit souvent de fibromes multiples qui après s'être ramollis sont sortis de la cavité pelvienne en suivant la paroi utérine sur laquelle ils sont insérés, plus rarement de fibromes pédiculés que les contractions utérines ont refoulé dans l'abdomen.

Notre observation rentre dans cette catégorie.

2°) *Dystocies.*

a) Dues au fibrome lui-même.

Ce sont les fibromes insérés sur la partie inférieure du segment inférieur. Ils sont prævia et de plus impriment à l'utérus une déformation telle que celui-ci est désaxée, le col regardant du côté opposé au fibrome.

Ce sont également les fibromes pédiculés même insérés sur le corps qui, prolapsés dans le Douglas occupent en la bloquant la cavité pelvienne.

L'accouchement serait impossible sauf à compter sur un amincissement du fibrome prævia par le mobile fœtal.

En pratique cette éventualité est exceptionnelle et les règles formulées par Tarnier, classent bien la question :

Le fibrome étant prævia, l'accouchement n'est possible que si celui-ci est unique, et de volume inférieur à celui d'un œuf de poule, que s'il est très ramolli par l'imbition gravidique, que si le fœtus est petit ou se présente par le siège, ou enfin, que si le fibrome étant sous-muqueux il est chassé au devant de la présentation. Toutes ces éven-

tualités sont rares et schématiquement un fibrome prævia rend l'accouchement impossible.

b) Dues à des causes accompagnant le fibrome, nous ne voulons pas parler ici des dystocies osseuses, mais du placenta prævia et des présentations viceuses.

Le placenta prævia : il est particulièrement fréquent au cours de fibrome et grossesse. Cette notion de fréquence doit le faire rechercher systématiquement à l'examen de la malade. La coexistence d'un fibrome, même inséré sur le fond utérin, et un placenta prævia, central ou non, constitue une dystocie comparable à celle causée par un fibrome prævia volumineux.

Les présentations viceuses sont fréquentes, nous avons cité plus haut une statistique. On note (Olshausen) 19 p 100 de présentations transversales. Celle-ci coïncide souvent avec un volumineux fibrome du fond ou du segment inférieur, ceux-ci ont agi sur la présentation à la manière dont une ceinture entocique agit sur une présentation après version par manœuvres externes. Cette « ceinture dystocique » maintient la présentation élevée, et voue par avance à l'échec les tentatives de version par manœuvres externes et rend difficiles et dangereuses les versions par manœuvres internes.

Évolution du travail

Nous allons envisager en nous plaçant au point de vue des incidents et accidents possibles l'évolution *spontanée* du travail.

PREMIER CAS

ABSENCE DE CAUSES DE DYSTOCIE

Dans la majorité des cas, l'accouchement suit son cours normal et le médecin doit se borner à surveiller fréquemment l'état de la mère et de l'enfant pour agir en temps opportun s'il survient des signes de souffrance fœtale, ou d'épuisement maternel.

Pendant l'accouchement. — Néanmoins il existe un certain nombre d'accidents qui sans être spéciaux au fibrome, s'y rencontrent plus souvent que chez une femme normale. Une cause commune est à leur origine: C'est un trouble de la dynamique utérine. Cette anomalie dans la fréquence, la force et la durée, des contractions utérines peut s'expliquer par l'état du muscle utérin épaissi par le tissu myomatéux de mauvaise qualité, affaibli par des zones de tissus plus nettement fibreux qui enlèvent à la contraction son caractère progressif et global, en créant autant de zones de moindre effort, autant de zones de résistance néfaste. Ceci joint au fait qu'il s'agit de femmes ayant parfois dépassé la quarantaine; explique la lenteur de l'effacement puis de la dilatation du col. Après un travail prolongé, les contractions s'espacent, se rac-

coureissent et la progression ne se fait plus. Plusieurs éventualités sont à redouter.

Pour la mère: Epuisement progressif et danger de fistules vésico-vaginales. Pour l'enfant: souffrance fœtale et mort.

Après l'accouchement. — Même si l'accouchement s'est fait normalement, à plus forte raison s'il a été lent et pénible, un certain nombre de complications peuvent encore survenir dans le post-partum.

— La rétention placentaire se produit dans 24 p. 100 de cas environ (Maygrier) elle s'explique par la fréquence des adhérences placentaires anormales, par la déformation de la cavité utérine et l'inextensibilité du col. La délivrance artificielle et le curage digital sont souvent indiqués.

— Les hémorragies du post-partum sont fréquentes dues pour une part à la mauvaise rétraction de l'utérus, parfois même à son inertie totale, pour une autre part à l'existence de foyers myomateux sous-muqueux qui ne subissent pas l'influence hémostatique de la rétraction utérine.

— L'infection peut compliquer une rétention placentaire (14 fois sur 84 cas de rétention: F'orgue) ou survenir du fait de la lenteur du travail, ou compliquer une lochio-métrie. La présence de noyaux fibromateux sous-muqueux fait évoluer rapidement l'endométrite vers l'infection du muscle et du fibrome réalisant un tableau clinique très grave.

— Enfin, on peut voir survenir dans le post-partum, l'expulsion spontanée par le vagin d'un fibrome sous-muqueux, cette éventualité en général favorable (Andero-

dias, Schokaerl) peut se compliquer d'infection et présenter dans ce cas le pronostic grave des fibromes pédiculés sphacelés.

DEUXIÈME CAS

OBSTACLE PROVIA OU PRÉSENTATION TRANSVERSALE

L'accouchement ne se fera pas et le travail aboutira sûrement à l'une des complications suivantes si l'on n'intervient pas pour les prévenir.

Pour la mère: Les contractions utérines qui ne parviennent pas à faire engager le mobile fœtal, ou qui, si la dilatation s'est partiellement produite, ne peuvent plus le faire progresser, distendent progressivement le segment inférieur. Si les contractions continuent il faut redouter la rupture utérine et sa gravité; les fistules urétéro-vaginales; enfin l'épuisement et la mort de la mère.

Pour l'enfant: Au bout d'un temps variable les signes de souffrance fœtale apparaissent rendant urgente une thérapeutique qui en raison de l'obstacle ne pourra être que chirurgicale, à défaut de laquelle la mort fœtale solutionne lamentablement la question par l'embryotrypsie.

De cette étude anatomo-clinique, un fait se dégage: La distinction des femmes atteintes de fibrome et grossesse en deux groupes. Dans le premier, l'accouchement est possible, sauf complications imprévisibles; dans le second l'accouchement est impossible.

Nous pouvons donc maintenant passer aux indications thérapeutiques proprement dites et discuter la valeur des différents moyens dont nous disposons.

CHAPITRE IV

Indications et moyens thérapeutiques

RÉSULTATS

A. — *Fibromes sans obstacles prœvia*

La conduite à tenir est celle de tout accouchement. Elle ne présente aucune particularité si ce n'est qu'elle demande une surveillance attentive de la mère et de l'enfant.

Il existe néanmoins un certain nombre d'éventualités devant lesquelles se posent d'autres indications thérapeutiques bien que la filière génitale soit libre. Nous allons les envisager.

1° *Avant le travail.*

a) L'âge de la malade :

L'âge doit entrer en ligne de compte, au même titre que la volonté de la malade ; on ne peut en effet mettre sur le même plan une femme très jeune qui en est à sa première grossesse et une multipare déjà âgée chez laquelle l'apparition d'un fibrome ne crée des accidents qu'après plu-

mieux avoir recours à une césarienne. Au contraire si le col est dilaté, l'utérus souple entre les contractions, la poche des eaux non rompue ou rompue depuis peu, il y a indication à la version podalique suivie d'extraction.

2° *Pendant le travail:*

Le travail commencé, peuvent survenir tous les dangers d'un arrêt du travail, ou si l'utérus se tétanise, d'une rupture utérine. C'est dans le premier cas que le problème est le plus ardu, lorsque la dystocie n'est plus d'origine passive mais d'origine dynamique. En général, la femme est en travail depuis longtemps et la septicité utérine probable contrindique toute thérapeutique chirurgicale par voie haute. Il faut faire appel aux méthodes obstétricales habituelles.

Deux cas sont à envisager: Dans le premier, la progression du mobile fœtal s'est arrêtée par atonie utérine, mais la présentation a dépassé le détroit supérieur; l'enfant étant vivant, il y a indication formelle d'une application de forceps. Il faudra appliquer le forceps lorsqu'après 2 à 3 heures d'attente la tête n'aura pas progressé, lorsqu'il y aura du retard à la rotation intra-pelvienne de la tête. Les autres conditions indispensables à une prise correcte doivent évidemment être légalement remplies, ici plus que pour toute autre application.

Dans le deuxième cas, le travail s'est arrêté plus tôt encore, alors que le col n'était pas encore complètement dilaté, la présentation restant haute au-dessus du détroit supérieur. Une application de forceps serait trop dangereuse. Il n'y a d'hésitation permise qu'entre la césarienne et l'hypophyse.

La césarienne, même la césarienne supra-symphysaire est grave, dans ces cas de travail prolongé, le risque d'in-

fection grève lourdement le pronostic. Les injections de lobe postérieur d'hypophyse à faibles doses répétées, en l'absence d'obstacles proevia peuvent si elles sont pratiquées par un accoucheur expérimenté faire apparaître des contractions utérines efficaces et mener à bien en peu de temps un accouchement commencé depuis longtemps. Ces deux moyens difficilement comparables ne sont pas tous deux indemnes de risques.

Nous n'avons pu trouver de statistique récente sur les résultats des applications de forceps lorsque le travail se prolonge. Maygrier publiait en 1927 une statistique donnant 62 p. 100 de mort fœtale. Il semble que ce chiffre ne réponde pas à la réalité des faits et qu'il envisage en même temps quelques cas de fibromes prævia.

3° Dans le post-partum :

a) La rétention placentaire nécessite la délivrance artificielle dans 24 p. 100 des accouchements.

b) Les hémorragies incœrcibles après vérification de la cavité utérine relèvent de l'hypophyse. Mais l'action de celle-ci est souvent moins nette que dans l'inertie utérine banale. Un certain nombre d'auteurs ont été amené dans ce cas à pratiquer une hystérectomie d'urgence.

c) L'infection utérine. Elle trouve un terrain particulièrement favorable dans les myomes utérins nécrobiosés. Aussi la seule thérapeutique logique pour prévenir une septicémie est elle ici l'hystérectomie à laquelle on ne peut pas reprocher ici d'être radicale, puisqu'elle supprime à la fois l'infection et le fibrome. Paucot, Lautuejoul, Boquel ont publié des observations avec guérison rapide des phénomènes infectieux. Au contraire les thérapeutiques obstétricales ou médicales ont donné des désastres à la majorité des auteurs.

B. — OBSTACLES PRÆVIA

Qu'il s'agisse de fibrome prævia ou de placenta prævia dans un utérus fibromateux la question est à peu près la même, l'indication opératoire est formelle. Reste à discuter parmi les diverses interventions. On a proposé la césarienne simple, la césarienne avec myomectomie, la césarienne suivie d'hystérectomie, enfin l'hystérectomie suivie de césarienne.

En pratique nous diviserons cette étude en deux parties. Dans la première nous envisagerons les cas favorables, c'est-à-dire ceux qui se présentent avant tout travail, ou à l'extrême début du travail, et les cas défavorables vus alors que le travail est commencé depuis un temps déjà long alors que plane le danger de l'infection amniotique ascendante.

1° *Cas favorables:*

On est sûr de l'asepsie utérine tant que les membranes sont intactes, mais on ne peut pourtant pas parler de souillure utérine à partir du moment précis où la poche des eaux est rompue. Il existe en effet une période de sécurité, pendant laquelle si on ne peut pas parler d'asepsie absolue, on peut néanmoins escompter une souillure minime.

Il y a obstacle prævia, l'indication opératoire est formelle et l'on peut donc estimer que les circonstances sont sensiblement les mêmes avant le travail, et quand les membranes sont rompues depuis moins de 2 heures.

a) La césarienne seule.

Elle est rarement appliquée. Nous en avons relevé deux observations. Dans la première, de Gonnet et Potel, la

malade avait été césarisée une première fois. Mais la malade désirant une nouvelle grossesse, on se borna à suturer l'utérus. A l'occasion d'une nouvelle grossesse, on fit cette fois une césarienne suivie d'hystérectomie. Il s'agit là d'une indication exceptionnelle, car la malade qui supporte le risque d'une première intervention doit à nouveau être opérée plus tard pour traiter le fibrome. Les auteurs eux-mêmes reconnaissent que si un nouveau cas se présentait ils se conduiraient différemment.

b) La césarienne suivie de myomectomie.

C'est l'intervention théoriquement idéale et nous avons vu plus haut qu'un nombre important de myomectomies pratiquées pendant l'évolution de la grossesse, avaient eu des suites favorables pour la mère et l'enfant. Mais le problème est ici tout différent car, si dans le premier cas le risque d'infection est minime, ici, sans qu'on doive l'exagérer, ce risque existe.

Les observations pratiquées à terme ou au début du travail comme opération complémentaire de la césarienne sont rares. Nous avons pu réunir 23 cas échelonnés de 1921 à 1935:

Boquel, 2 cas: 1° Avant terme survie mère; 2° travail commencé depuis 12 heures. Mort de la mère et survie enfant.

Clinique Baudelocque, 6 cas: Avant le début du travail survie mère et enfant.

Brouha, 1 cas: Avant le début du travail survie mère et enfant.

Walthard, 1 cas: Avant le début du travail survie mère et enfant.

Pestalozza, 3 cas: Avec 1 mort maternelle.

Reeb, 3 cas: Avant le début du travail survie mère et enfant.

Cotte, 1 cas : Suivie de l'ablation de 4 noyaux fibromateux. Succès.

Matron R., 2 cas : 1° myome énucléée par l'incision de la césarienne ; 2° myome à large base.

Brooke Bland, 4 cas : 2 avaient subi la même intervention quelques années auparavant.

Enfin mettons à part une observation de Petit, où on pratique une myomectomie pour fibrome prævia sans césarienne. Accouchement normal, mais mort de l'enfant par circulaire du cordon.

De cette courte statistique on pourrait déduire qu'en présence d'un fibrome prævia on doit toujours pratiquer une césarienne suivie de myomectomie. Il faut pour se faire une opinion juste, noter les commentaires des auteurs qui ont utilisé cette intervention. Tous la jugent comme une intervention exceptionnelle que l'on ne doit tenter que devant un ensemble de circonstances rarement rencontrées.

Il faut d'abord que la femme soit jeune, désireuse de conserver l'intégrité de son appareil génital, en vue d'une grossesse ultérieure, et qu'elle soit avertie des risques de récédive que présente toute myomectomie. Il faut qu'il n'y ait absolument pas de danger d'infiltration ; autrement dit la myomectomie ne doit être pratiquée qu'à terme avant le travail. La laparotomie une fois faite, il faut que le fibrome soit unique (l'observation de Cotte est une exception) et qu'il soit facilement accessible (chose exceptionnelle pour un fibrome prævia) et qu'il soit pédiculé avec base d'implantation minime. Une autre éventualité permet également de pratiquer une myomectomie, c'est l'existence de noyaux fibromateux sur la face antérieure de l'utérus ; l'incision de l'utérus permettant d'énucléer par la tranche de section certains noyaux interstitiels.

Un certain nombre de circonstances constituent des contrindications absolues à la myomectomie, c'est d'abord l'infection utérine qui amène sûrement l'infection du foyer de myomectomie et la péritonite. Le foyer de myomectomie est en effet presque toujours le siège d'un petit hématome pariétal qui ne demande qu'à s'infecter. C'est ensuite l'existence d'adhérences pathologiques unissant le fibrome aux viscères voisins. C'est enfin dans certains cas les difficultés de l'ucinostase sur une paroi utérine amincie par la myomectomie et rendue friable par la grossesse.

La césarienne suivie de myomectomie est donc une intervention d'exception que seul un ensemble de circonstances rarement rencontrées permet de réaliser.

c) la césarienne suivie d'hystérectomie.

C'est l'intervention qui s'adresse à la majorité des cas. Elle a 3 grands avantages que nous devons signaler d'emblée.

- Elle supprime les dangers d'un accouchement avec obstacle prævia.
- Elle a guéri radicalement le fibrome.
- Elle s'oppose à l'infection d'origine utérine.

Ces trois avantages justifient la fréquence de ses indications. C'est de plus une intervention plus facile, plus courte, mieux supportée que la myomectomie par une femme déjà fatiguée.

Parmi les observations que nous avons pu retrouver, dans lesquelles le travail n'était pas commencé ou commencé depuis peu, les résultats sont très favorables.

Voici 33 observations récentes. La plus ancienne remonte à 1927.

Sauvedra, 1 cas: Fibromes multiples, mère et enfant vivants.

Munzenberger, 3 cas: Fibrome prævia au début du travail, mère et enfant vivants.

Fournier, 1 cas: Fibrome prævia au début du travail, mère et enfant vivants.

Dernst, 1 cas: Fibrome prævia au début du travail, mère et enfant vivants.

Guiron, 1 cas: Noyaux multiples, mère et enfant vivants.

Paquet et Begnin, 1 cas: Enfant mort. Poche des eaux intacte, mère vivante.

Gonnet, 1 cas: Présence de 2 fibromes volumineux, mère et enfant vivants.

Faguet, 1 cas: Phlébite des 2 jambes en évolution. Fibrome prævia, mère et enfant vivants.

Commandeur, 1 cas: Phlébite des 2 jambes en évolution. Fibrome prævia, mère et enfant vivants.

Goullioud, 1 cas: Fibromatose, myomectomie 1 an auparavant, mère et enfant vivants.

Boquel, 6 cas: Fibromatose, myomectomie, mère et enfant vivants.

Metgger, 1 cas: Nombreux fibromes, mère et enfant vivants.

Lantuejoul, 2 cas: Nombreux fibromes, mère et enfant vivants.

Laffont, 1 cas: Fibrome inter-cervical et fibrome sous muqueux, mère et enfant vivants.

Brault P., 1 cas: Très volumineux fibrome prævia, mère et enfant vivants.

Rivière, 1 cas: Nécrobose à terme, mère et enfant vivants.

Rivière, 2 cas: Altérile (gros volume, femme de 45 ans), mère et enfant vivants.

Reeb, 3 cas: Au début du travail torsion utérine, fibrome prævia, 1 enfant mort, survie des 2 mères.

Artaud, 1 cas: Au début du travail torsion utérine, fibrome prævia, survie mère et enfant.

Termier, 1 cas: Compression de voisinage au 8^e mois, survie mère et enfant.

Le Jentel, 1 cas: Nécrobiose à terme, survie mère et enfant.

Les indications de la césarienne suivie d'hystérectomie sont donc basées, pour la femme à terme ou au tout début du travail sur les faits suivants:

Tenant à la femme:

L'âge entre en ligne de compte. Une femme au voisinage de la ménopause bénéficiera moins qu'une autre d'une opération conservatrice et aura intérêt à subir une hystérectomie. La multiparité de même.

Tenant au fibrome:

La multiplicité est l'indication principale car elle rend pratiquement impossible la myomectomie.

La fréquence des noyaux interstitiels est grande et il est souvent impossible de les reconnaître au palper.

L'existence d'une fibromatose utérine diffuse est au même titre une indication de l'hystérectomie.

Enfin la nécrobiose d'un fibrome et les fibromes sous-muqueux exposent trop à l'infection du foyer de myomectomie et doivent aussi faire choisir l'hystérectomie.

2° Travail commencé depuis plusieurs heures. Soupçon d'infection utérine:

Les indications thérapeutiques dans ce cas très spécial devraient se poser de moins en moins si les médecins posent précocement le diagnostic de fibrome prævia. Mais en pratique il s'agit souvent de malades qui ignoraient

leur fibrome et que l'on est amené à examiner après un travail long et inutile.

Un fait domine le problème, c'est la probabilité de l'infection utérine. Celle-ci doit toujours être soupçonnée quand les membranes sont ouvertes même si la mère ne présente pas de signes manifestes d'infection.

L'enfant étant vivant, la question d'un traitement obstétrical ne se pose pas, il n'y a que la césarienne et l'hystérectomie qui puissent sauver et la mère et l'enfant.

a) Césarienne suivie d'hystérectomie.

Le pronostic vital est infiniment moins bon que lorsque l'intervention est pratiquée à terme avant le travail. Néanmoins des cas en apparence désespérés ont eu des suites favorables.

J. Duval, 1 cas: Malade infectée. Placenta prævia et fibrome. Survie mère et enfant.

Trillat, 2 cas: Membranes rompues depuis 2 heures à 6 heures. Fibrome proevia. Survie mère et enfant.

Bue, 1 cas: Placenta proevia et fibrome. Survie mère et enfant.

Balard, 1 cas: Fibrome proevia, Infection. Mère tuberculeuse. Mort de la mère.

M. Petit, 1 cas: Fibrome du segment inférieur. Œuf ouvert depuis quelques heures. Survie mère et enfant.

Paucot, 1 cas: Fibrome proevia et Basedow. Rupture précoce des membranes. Mort de la mère.

Anderodias, 1 cas: Fibrome proevia. Membranes rompues depuis 5 jours. Enfant perdant le méconium depuis 12 heures. Survie mère et enfant.

Boquel, 1 cas: Travail prolongé. Mort de l'enfant. Mort de la mère.

Sur 9 cas nous constatons 3 fois la mort de la mère et 1 fois la mort de l'enfant. Il est certain que chez ces femmes qui ont subi parfois des manœuvres intra-utérines malencontreuses, la septicité du contenu utérin fasse courir un grave danger de péritonite, même si la césarienne est précédée d'extériorisation.

C'est néanmoins la seule intervention logique, car elle seule peut, dans ces cas défavorables, sauver la vie à la mère et à l'enfant.

b) Hystérectomie en bloc suivie de césarienne.

Un certain nombre d'auteurs, se trouvant devant des utérus sûrement infectés ont voulu prévenir l'infection éventuelle du péritoine en réalisant une hystérectomie préalable en bloc, aussi rapide que possible, et en ne pratiquant la césarienne qu'après. Ils se basaient sur des expériences faites sur l'animal et montrant qu'après le pincement de tous les pédicules vasculaires de l'utérus le fœtus vivait encore 10 minutes à un quart d'heure.

Cinq observations ont été publiées et rassemblées par Lecocq dans sa thèse (Paris 1919). L'enfant aurait survécu les 5 fois.

P. Sappey publie une observation semblable avec survie de l'enfant alors que la poche des eaux était rompue depuis 36 heures. Cette intervention n'a du reste pas empêché l'infection de la mère et sa mort par tétanos au 22^e jour. Il rapproche ces observations des césariennes post-mortem et des procidences du cordon avec compression forte.

La plupart des auteurs rejettent cette intervention si l'enfant est vivant. Ils ne la pratiquent qu'en cas de mort fœtale, de préférence à une embryotripsie.

Conclusions

Le problème posé par une femme enceinte porteuse d'un fibrome comporte plusieurs réponses.

1° Une décision ne peut être prise qu'après un examen pratiqué au terme, un fibrome proevia pouvant ne s'élever que dans les jours qui précèdent le début du travail, parfois même qu'au début de ce travail.

2° Si la filière génitale est libre, il faut en règle générale laisser faire la nature, l'accouchement se fera normalement; il n'existe à cette règle que de rares exceptions; ce sont :

— Une présentation transversale qui nécessitera soit une version par manœuvres internes, soit une césarienne.

— Des causes générales ou locales : âge de la malade, lésions cardiaques, tuberculose pulmonaire, fibromes multiples qui nécessiteront une césarienne suivie d'hystérectomie.

3° S'il n'y a pas de soupçon d'infection utérine (membranes intactes) on fera une césarienne qui sera suivie soit de myomectomie, soit d'hystérectomie ;

Myomectomie si la femme est jeune, le fibrome unique et pédiculé ou facile à extraire.

Hystérectomie dans tous les autres cas.

S'il y a infection amniotique seule la césarienne suivie d'hystérectomie doit être pratiquée.

Bibliographie

(articles ou ouvrages entièrement consultés)

- 1 ANDERÓDIAS. — Expulsion spontanée par les voies naturelles d'un fibrome utérin après accouchement normal. *Bullet. Soc. des Gyn. et Obs.* 1937 p. 272.
- 2 — Césarienne et hystérectomie pour fibrome praevia. Avec LACOUTURE et R. BOURSIER. — *Bullet. Soc. des Gyn. et Obst.* 1924, p. 603.
- 3 ARTAUD. — Placenta praevia et fibrome. Césarienne mutilatrice. *Bullet. Soc. des Obst. et Gyn.* 1934, p. 238.
- 4 BALARD et BARTHELEMY. — Fibrome praevia. Césarienne et hystérectomie totale. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1929, p. 347.
- 5 BAILLAT et RASCOL. — Fibrome tordu chez la femme enceinte. Indications opératoires. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1929, p. 667.
- 6 BARNARDBERG et G. FOURNIER. — Fibrome et grossesse. Hystérectomie pour rétrofiose en fin de grossesse. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1933, p. 263.
- 7 BOQUEL. — Discussion du rapport sur la myomectomie au VI^m^e Congrès de l'Association des Gyn. et Obst. de langue française. Bruxelles 1929.
- 8 BOUDREAUX (J.). — Complications de la grossesse dans les utérus fibromateux. *Encyclopédie Méd. Chir. Gynéc.* T. II, p. 571 et 591-594.

- 9 BRAULT (P.) et MOISAN (A.). — Utérus fibromateux. Césarienne. Hystérectomie. *Bullet. Soc. d'Obst. et Gyn.* P. 440.
- 10 BRINDEAU. — Indications de la myomectomie. *Presse médicale*, 23 avril 1923. VI^e Congrès de l'Association des Gyn. et Obst. Bruxelles 1929.
- 11 BROOKE BLAUD. — Myomes utérins et grossesse. *Surgery Gynecology and Obstetrica*. 1925, p. 367-281.
- 12 BROUHA et GOSSELIN. — Césarienne classique suivie de myomectomie pour fibrome prævia. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1930, p. 152.
- 13 BUE et DUVILLIER. — Grossesse et utérus fibromateux avec placenta prævia hémorragique. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1929, p. 557.
- 14 BUE et PALLIEZ. — Fibrome et grossesse de quatre mois. Hystérectomie subtotale. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1932, p. 447.
- 15 CHARPENTIER. — Accouchements. MASSON. T. II. 361. 1927.
- 16 COMMANDEUR. — Césarienne et hystérectomie pour fibrome prævia. *Bullet. Soc. Gyn. et Obst.* 1926, p. 329.
- 17 COTTE. — Place de la myomectomie dans le traitement des fibromes utérins. *Gyn. et Obst.* 1934. 1 p. 1-27.
- 18 COTTE et BANCILLON et BUCHER. — Césarienne et myomectomies multiples pour fibrome prævia. *Bullet. Soc. Obst. à Gyn.* 1937, p. 36.
- 19 CREYSSSEL et BROCHIER. — Myomectomie au cours du travail suivie de césarienne basse. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1931, p. 613.
- 20 DE PERETTI DELLA ROCCA. — *Encycl. Méd. Chir.* Obstétrique II 5062.
- 21 DEVRAIGUE (L.). — Cliniques obstétricales, 1936, p. 216.
- 22 DUCUING et GUILHEM. — Fibrome à grossesse au quatrième mois. Hystérectomie subtotale. *Bullet. Soc. Gyn. et Obst.* 1934, p. 590.

- 23 DUVAL (J.). — Fibrome et grossesse à terme. Césarienn. suivie d'hystérectomie subtotale. *Bullet. Soc. Gyn. et Obst.* 1930, p. 172.
- 24 D'ERNST. — Grossesse à terme avec fibrome enclavé. *Bullet Soc. Gyn. et Obst.* 1928, p. 502.
- 25 FAGUET (Ch.). — Fibrome utérin. Grossesse et phlébites des deux membres inférieurs. Césarienne à terme suivie de subtotale. Guérison. *Bullet. Soc. Gyn. et Obst.* 1927, p. 252.
- 26 FERRARI et STOVEL. — Myomectomie au cours de la gestation. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1929, p. 519.
- 27 FERRE. — Deux cas de grossesse compliquée de fibrome. Deux conduites différentes. Deux bons résultats. *Bulletin Soc. Obst. et Gyn.* 1925, p. 625.
- 28 FORGUE et MASSABUAU. — Gynecologie, 1927, p. 347.
- 29 FOURNIER. — Fibrome prævia enclavé. Césarienne avec hystérectomie subtotale. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1928, p. 785.
- 20 GARIGNY. — Deux cas de fibrome prævia avec application de forceps. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1930, p. 704.
- 31 GILES. — Indic. and results of myomes. *The Lancet*, 1923, p. 178-181.
- 32 GONNET, PATEL et BLANCHON. — Fibrome prævia.. Césarienne conservatrice. Nouvelle grossesse. Césarienne mutilatrice. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1906, p. 323.
- 33 GOULLILOUD. — Quinze cas de grossesse après myomectomie abdominale. *Lyon Chirug.* 1924, p. 153.
- 34 GUIROY et BERNASCONY. — Fibromes utérins multiples et grossesse. *Bullet. Soc. Gyn. à Obst.* 1928, p. 891.
- 35 HAMANT. — Pourquoi faut-il faire des myomectomies. *Bulletin Soc. Obst. à Gyn.* 1999, p. 831.
- 36 --- Myomectomie au cours de la grossesse. *Bullet. Soc. Obst et Gyn.* 1936 p. 405.
- 37 JEANNENEY et ROSSET. — Myomectomie au cours de la grossesse. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1930, p. 647.

- 38 KELLER (R.). — Discussion au VI^{me} Congrès de Gyn. et Obst. de langue française. Bruxelles 1929.
- 39 — Microbiose d'un fibrome compliquant une grossesse. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1934, p. 406.
- 40 LABEY (G.). — Indication du traitement chirurgical des fibromes utérins. *Congrès Français de Chirurgie*, Paris 1924.
- 41 LABEY et TIXIER. — Traitement des fibromes utérins. *Progress médical* 1924, xxxviii p. 1981.
- 42 LANTUEJOUL (P.). — Fibrome et grossesse. *Encycl. Méd. Chirurg. Obst.* II p. 5053.
- 43 — Quelques observations de myomectomies au cours de la puerpéralité. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1935 p. 275.
- 44 — Fibrome prævia. Césarienne suivie d'hystérectomie subtotale. Discussion au VI^{me} Congrès de l'Association des Gyn. et Obst. Bruxelles 1929.
- 45 LAFFOUT et EZES. — Fibrome prævia intra-mural. Césarienne suivie d'hystérectomie. *Bulletin Soc. Gyn. et Obst.* 1936, p. 467.
- 46 MAHO« (R.). — Deux cas de Césarienne suivie de myomectomie. *Bullet. Soc. Gyn. et Obst.* 1937, p. 291.
- 47 — Myomectomie au troisième mois de la gestation. Accouchement normal à terme. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1933, p. 760.
- 48 MAYGRIER et SCHWAB. — Obstétrique, 1927, p. 682-691.
- 49 MASSABUAU et GUIBAL. — Fibrome et grossesse. Deux observations d'hystérectomie. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1933, p. 576.
- 50 METZZER. (M.). — Fibrome puerpéraux. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1936, p. 209.
- 51 MILLER (H. E.) et TYRONE. — D'une série de myomectomies. *American Jal of Obst. and Gyn.* 1933, xxvi.

- 52 MOIRAUD (P.). — Fibrome et grossesse chez une femme de cinquante ans. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1935. p. 198.
- 53 MÜLLER. (G.). — Dilatation sacciforme du segment inférieur de l'utérus fibromateux gravide. *Revue Gyn. et Obst.* 1931 II, p. 730.
- 54 MUNTZENTBERGER. — Trois cas d'hystérectomie au cours travail pour fibrome prævia. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1930, p. 147.
- 55 PAQUET et BEGHIN. — Fibrome prævia, hystérectomie après Césarienne. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1927, p. 145.
- 56 PAUCOT et PAQUET. — Fibrome prævia. Grossesse. Césarienne et hystérectomie chez une femme atteinte de Basedow. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1924, p. 134.
- 57 PETIT (M.). — Dystocie par fibrome prævia. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1927, p. 136.
- 58 POZZI. — Gynecologie chirurgicale et opératoire, 1892.
- 59 REEB. — Fibrome et grossesse. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1930, p. 97.
- 60 — Hystérectomie pour fibrome et grossesse. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1937, p. 370.
- 61 — Discussion au VI^{me} Congrès des Gynécol. et Obst. de langue française. Bruxelles, 1929.
- 62 RIVITIE et LAFORGUE. — Nécrose d'un fibrome au neuvième mois de la gestation. Césarienne suivie d'hystérectomie. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1937, p. 290.
- 63 SAAVEDRA. — Fibrome et grossesse à terme. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1932, p. 375.
- 64 SAPPEY. — Fibrome prævia poche des eaux rompue depuis trente-six heures. Hystérectomie totale en bloc suivie de Césarienne. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1925, p. 304.
- 65 SCHOCKERT (M. R.). — Myomectomie pendant le travail. *Revue Gyn. Obst.* 1929 II p. 509.

- 66 TRILLAT (P.). — Deux cas de fibrome prœvia traités par Césarienne mutilatrice. *Bullet. Soc. Obst. et Gyn.* 1929, p. 563.
- 67 TROPEA. — Sur le traitement conservateur des fibromyomes utérins. *Annales di Obstetria e Gynecol.*, 1929, p. 459-528.
- 68 VERMELIN et G. GUILLEMIN. — Myomectomie au cours de la grossesse. *Bulletin Soc. Obst. et Gyn.* 1934, p. 179.
- 70 WEISS. — Traitement des fibromes utérins. *Americ Jal of Obsttrics and Gynecol.* 1936, p. 343-352.

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

« De la conduite à tenir dans
l'accouchement et la puérpéralité
dans les utérus fibromateux. »

par Joseph VÉDRINES.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier le 10 Décembre 1938.

Le Professeur :

LAPEYRE

Vu :

Montpellier, le 12 Décembre 1938.

Le Doyen,

EUZÈRE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 12 Décembre 1938.

Le Recteur,

PARISSELLE.

